

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1926

THÈSE N° 352

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Georgette-Magdeleine CAO SI TAN

Née le 5 janvier 1901, à Messeix (Puy-de-Dôme)

Externe des Hôpitaux de Paris

Diplômée de l'Institut de Médecine Coloniale de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

RUPTURES SPONTANÉES

DE

L'UTÉRUS GRAVIDE EN DEHORS DU TRAVAIL

Président : M. le Professeur COUVELAIRE

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1926

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1926

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Georgette-Magdeleine CAO SI TAN

Née le 5 janvier 1903, à Messeix (Puy-de-Dôme)

Externe des Hôpitaux de Paris

Diplômée de l'Institut de Médecine Coloniale de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

RUPTURES SPONTANÉES

DE

L'UTÉRUS GRAVIDE EN DEHORS DU TRAVAIL

Président : M. COULEVAIRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1926

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.	ROGER.
Physiologie	STROHL.	DESGREZ.
Physique médicale	LEMIERRE.	BRUMPT.
Chimie organique et chimie générale	Marcel LABBE.	SICARD.
Bactériologie	LECENE.	ROUSSY.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	PRENANT.	TIFFENEAU.
Pathologie et thérapeutique générales	CARNOT.	Léon BERNARD.
Pathologie médicale	BALTHAZARD.	MENETRIER.
Pathologie chirurgicale	RATHERY.	
Anatomie pathologique		
Histologie		
Pharmacologie et matière médicale		
Thérapeutique		
Hygiène		
Médecine légale		
Histoire de la médecine et de la chirurgie		
Pathologie expérimentale et comparée		
Clinique médicale	}	GILBERT.
Hygiène et clinique de la première enfance		BEZANÇON
Clinique des maladies des enfants		ACHARD.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		WIDAL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		MARFAN.
Clinique des maladies du système nerveux		NOBECOURT.
Clinique des maladies infectieuses	}	H. CLAUDE.
		JEANSELME.
		GUILLAIN.
		TEISSIER.
Clinique chirurgicale	}	DELBET.
		HARTMANN.
		LEJARS.
		GOSSET.
Clinique ophtalmologique	}	TERRIEN.
Clinique urologique		LEGUEU.
Clinique d'accouchements	}	COUVELAIRE.
		BRINDEAU.
Clinique gynécologique		JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		J.-L. FAURE.
Clinique thérapeutique médicale		OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique		VAQUEZ.
Clinique thérapeutique chirurgicale		SEBILEAU.
Clinique propédeutique		DUVAL.
Professeur sans chaire		SERGENT.
		ROUVIÈRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	Pathologie médicale.
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
N.	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	} Pathologie médicale.
CLERC	
DEBRE	Hygiène.
I. de JONG	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
ECALLE	Obstétrique.
FISSINGER	} Pathologie médicale.
FOIX	
GARNIER	Pathologie expériment.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.

MM.

HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBE (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
N.	Pathologie médicale.
LEVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	} Pathologie chirurgicale.
MONDOR	
MOURE	} Histologie.
MULON	
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHET Fils	Physiologie.
TANON	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.

III. AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GOUGEROT	Pathologie médicale.
QUENIOT	Obstétrique

M.

RETTE RER	Histologie,
-------------------	-------------

IV.— AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY	{	LERI	{
CHEVASSU		LÉPER	
LAIGNEL-LAVASTINE.	Clinique chirurgicale.	PROUST	Clinique médicale.
LÈREBOULLET .	Clinique médicale.	N...	Clinique chirurgicale.
			Clinique médicale.
LÈREBOULLET .	Clinique médicale in-	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
	fantile.		

V. — CHARGÉS DE COURS

M. MAUCLAIRE agrégé	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Education physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Filialement.

A MON MARI

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui m'a fait le très grand
honneur d'accepter la prési-
dence de cette thèse.*

A MES MAÎTRES
DANS LES HOPITAUX DE CLERMONT-FERRAND

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BOUSQUET
DIRECTEUR HONORAIRE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
PROFESSEUR HONORAIRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE
MEMBRE CORRESPONDANT NATIONAL
DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS
ET DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*En témoignage de mon
affectueuse reconnaissance
pour les conseils et les soins
qu'il m'a prodigués.*

A MESSIEURS LES PROFESSEURS
BILLARD, BUY, LEPETIT, MAURIN, MALLY, MERLE,
MOUREYRE, MORNAC, PIOLLET
DIONIS DU SÉJOUR

A MESSIEURS LES DOCTEURS DELORME, CANQUE
OPHTALMOLOGISTES DES HÔPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR GILARD
OTO-RHINO-LARINGOLOGISTE DES HÔPITAUX

A MESSIEURS LES DOCTEURS ALARY, GRASSET
CHEFS DE CLINIQUE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Stage :

M. le DOCTEUR LEGRY.

Externat :

M. le PROFESSEUR AGRÉGÉ J. CAMUS (*in memoriam*).

M. le PROFESSEUR AGRÉGÉ LÉVY-SOLAL.

M. le DOCTEUR LEVANT.

M. le DOCTEUR COYON.

M. le PROFESSEUR COUVELAIRE

A MES MAITRES
DE L'INSTITUT DE MÉDECINE COLONIALE DE PARIS

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR LEVANT

ACCOUCHEUR DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

*Qui a inspiré et guidé ce
travail.*

*Qu'il me soit permis de
lui exprimer mes sentiments
de respectueuse gratitude.*

INTRODUCTION

La question des ruptures utérines est connue de longue date.

Au ^{xvii}^e siècle, c'est Guillemeau, élève d'Ambroise Paré, qui en publie des observations avec vérification basée sur l'autopsie.

C'est ensuite Crantz, vers le milieu du ^{xviii}^e siècle, qui en fit une étude méthodique.

Depuis, elles ont fait l'objet d'un grand nombre de travaux pour ne citer que ceux de Levret, Puzos Lachapelle.

Les ruptures de l'utérus s'observent pendant la gestation et pendant l'accouchement, mais c'est au cours du travail qu'elles sont le plus fréquentes. Ce sont ces dernières que la plupart des auteurs anciens ont seules en vue dans leurs publications.

Les ruptures spontanées de l'utérus au cours de la gestation sont très rares si nous les comprenons avec Jolly comme « les ruptures qui surviennent en dehors de toutes les violences extérieures, de toute intervention obstétricale de quelque nature qu'elle soit, manœuvres ou administration intempestive de substances destinées à provoquer l'expulsion du fœtus, et qui sont le résultat de la contraction utérine plus ou moins aidée par des causes prédisposantes variées ».

Mais la contraction utérine capable de déterminer la rupture de l'utérus en luttant contre un obstacle, le fœtus, pour l'expulser, n'entre pas en jeu au cours de la gestation, ce qui explique la rareté des ruptures spontanées de l'utérus pendant cette période. Encore faut-il qu'un état particulier de l'utérus, altération de ses parois ou malformation de l'organe le prédispose à la rupture.

Nous avons eu l'occasion d'observer avec M. le Dr Levant, dans son service à la Maternité de la Charité, un cas de rupture spontanée de l'utérus gravide en dehors du travail.

Nous avons vu la difficulté que peut présenter le diagnostic en présence d'un accident aussi brusque.

Nous avons vu également que, dans un cas semblable, c'est de la rapidité de l'intervention que dépend la vie de la mère et qu'il importe de sauver au moins l'existence de celle-ci puisque celle du fœtus est fatalement compromise.

A l'occasion de ce fait clinique, nous avons cherché dans la littérature médicale d'autres observations de rupture utérine survenue spontanément avant tout début de travail.

Nous avons éliminé les ruptures dues à des traumatismes accidentels, à des interventions obstétricales, forceps, version, basiotripsie et celles survenues dans un utérus déjà taré par une cicatrice de césarienne ou de déchirure antérieures.

FRÉQUENCE

Les ruptures de l'utérus observées en dehors du travail sont beaucoup plus souvent traumatiques que spontanées. Ces dernières sont des raretés.

Sur les 303 cas de ruptures de l'utérus réunis par Trask¹ en 1848, cet auteur n'en a noté que 38 survenues au cours de la gestation. Et parmi celles-ci, 14 seulement peuvent être considérées comme des ruptures spontanées telles què nous les avons définies.

Dans la littérature, nous avons trouvé, en les empruntant à différents auteurs, 59 cas de rupture spontanée de l'utérus gravide en dehors du travail.

D'après l'étude de ces observations et d'accord sur ce point avec l'opinion des classiques il semble què l'utérus se rompt surtout lorsque la femme atteint l'âge de 30 ans, plus souvent encore entre 30 et 40 ans. Jolly a relevé 156 cas chez des femmes de cet âge pour 145 à toutes les autres époques de la vie.

Il semble aussi que l'âge de la gestation soit un facteur à considérer. Les ruptures spontanées de l'utérus gravide dans les premiers mois sont exceptionnelles et elles sont souvent confondues avec des ruptures de grossesse extra-utérine. Cet accident paraît bien plus fré-

1. Trask, *Am. journal of med. sciences*, 1848-1856.

quent lorsque la gestation approche du terme. Sur les 38 cas cités par Trask, la rupture serait survenue 12 fois dans les premiers mois et 26 fois près du terme. Des observations que nous rapportons, sur les 16 cas où l'âge de la gestation est mentionné, nous relevons :

3 ruptures au 2^e mois de la gestation,

3 au 4^e mois de la gestation,

3 au 5^e mois de la gestation,

2 au 6^e mois de la gestation,

5 au 7^e mois de la gestation,

D'après ces constatations il est permis d'admettre que la fréquence est à peu près égale pour les deux moitiés de la gestation avec une prédominance au cours du 7^e mois.

ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE

« Il n'est point aisé d'assigner les vraies causes de rupture de la matrice. Il s'en offre bien à l'esprit un grand nombre de possibles, mais qui sait si ce sont là les véritables causes et si on les observe¹. ».

Cette constatation que faisait Crantz à propos des ruptures de l'utérus en général a conservé toute sa justesse pour les ruptures spontanées de l'utérus gravide en dehors du travail si nous laissons de côté, comme nous nous le sommes proposée, les ruptures d'origine traumatique succédant à une chute, à une compression de la paroi abdominale et celles qui surviennent dans un utérus à cicatrice, précédemment césarisé. Il est évident que certaines causes prédisposantes entrent en jeu et ont leur part dans l'étiologie des ruptures spontanées de l'utérus.

La multiparité joue un rôle essentiel à en juger par les chiffres suivants : sur les 303 cas de ruptures utérines, y compris celles survenues pendant le travail, cités par Trask² il n'y a que 24 primipares, sur les 73 cas de Churchill on ne compte que 9 primipares. D'après

1. Crantz, *Traité des accouchements*, 1759.

2. Trask, *American journal of med. sciences*, 1848-1856.

Bandl, la proportion serait de 8 multipares pour 1 primipare. Dans les observations que nous rapportons, sur les 17 cas où la parité est mentionnée, nous notons qu'il n'y a pas de primipare pour 17 multipares.

Il semble bien que l'on puisse dire avec Doléris « que les grossesses répétées et surtout rapprochées concourent à la déchéance du système génital ». De nombreux facteurs d'origine différente et d'importance variable peuvent expliquer cette diminution de résistance du tissu utérin des multipares.

A la suite de gestations répétées ou d'avortements antérieurs, l'utérus a pu être le siège d'une infection suffisante pour le léser, trop légère cependant pour rendre impossible la greffe ovulaire. L'involution utérine a été longue, irrégulière. L'infection, au lieu de se limiter au stade de l'endométrite en ne frappant que les éléments de la muqueuse, a gagné en profondeur. La paroi de l'utérus est atteinte et on y trouve des lésions d'endophlébite et de périphlébite, causes de dégénérescence granulo-graisseuse de la fibre utérine. Le muscle utérin est alors rendu friable et ne pourra résister à la poussée de l'œuf, il se rompra quand celui-ci aura atteint un certain volume. Les accidents infectieux ont pu être aussi le point de départ d'une métrite aiguë, cause d'une congestion intense de l'organe. Celui-ci anormalement vascularisé, à vaisseaux nombreux et dilatés est gros, rougeâtre, ramolli, facilement déchirable. Ces troubles circulatoires favoriseront la rupture.

Ou bien la métrite aiguë post-partum ou post-abor-

tum est passée à l'état chronique. A la première phase de congestion et de ramollissement de l'organe a succédé une seconde phase de sclérose. Les parois utérines ont pris une consistance ligneuse, ont perdu leur élasticité. Incapables de se distendre sous l'influence de l'augmentation de volume de l'œuf, elles céderont sous sa poussée.

De même, les maladies inflammatoires anciennes, cellulite, périmétrite, par les troubles circulatoires qu'elles engendrent, amènent une sclérose d'abord péri-vasculaire, puis étendue à tout le tissu utérin qui devient ainsi plus friable.

Dupouy¹ a expliqué la prépondérance des ruptures utérines chez les multipares par les lésions qu'engendre la gêne circulatoire apportée par le développement du fœtus, gêne s'accroissant à chaque nouvelle gestation. Pour lui, il se produirait, du fait de la compression, des altérations du système circulatoire, athérome artériel, ectasie veineuse et de là la formation de varices pelviennes, d'un varicocèle féminin. La stase du sang, l'hyperémie qui en résulte amèneraient des troubles dans la nutrition du tissu utérin.

D'abord le siège d'inflammation, il subira ensuite des transformations progressives aboutissant à la sclérose, le rendant particulièrement friable et prédisposé à la rupture.

Il est probable aussi qu'on peut expliquer les ruptures spontanées de l'utérus grévide chez les multi-

¹ Dupouy, *Thèse de Paris*, 1896.

pares parce qu'il a pu se produire, au cours d'accouchements antérieurs, une dissociation des faisceaux musculaires ou de petites déchirures, ou des déchirures superficielles amenant la formation de zones de moindre résistance.

Il semble donc que si la multiparité est un facteur important de la rupture spontanée de l'utérus gravide en dehors du travail, elle l'est parce que les gestations répétées et rapprochées ont pu favoriser l'éclosion d'accidents infectieux et provoquer des troubles circulatoires modifiant plus ou moins profondément la texture de l'utérus.

C'est à ces accidents infectieux, causes d'endométrite, de métrite, de périmérite; aux lésions du système circulatoire; aux escarres consécutives aux accouchements, qu'il faut attribuer les diverses modifications du tissu utérin, causes de sa friabilité ou de son défaut d'élasticité.

A côté de ces modifications de texture de l'utérus d'origine inflammatoire, l'amincissement des parois de cet organe par blessures antérieures peut en favoriser la rupture.

La délivrance artificielle pratiquée sur un utérus qui vient d'expulser le fœtus n'est pas sans dangers. Si elle est commandée par l'hémorragie et surtout par l'adhérence anormale plus ou moins étendue du placenta, il se peut que, ne suivant pas bien le plan de clivage, la main lèse la paroi utérine en un point, où le contact entre le muscle et les cotylédons placentaires est particulièrement intime. Au niveau du point ainsi trauma-

tisé, il y aura une zone de moindre résistance qui pourra céder au cours d'une nouvelle gestation.

Cette même blessure de la paroi utérine sera encore plus fréquente au cours du curettage, surtout s'il est pratiqué peu de temps après un accouchement ou un avortement. Le tissu utérin très friable et très vulnérable à cette époque se laisse alors facilement entamer ou même perforer. Si le coup de curette a été trop appuyé, la muqueuse n'est pas seule enlevée, la couche sous-muqueuse ou la musculuse peuvent être atteintes. Cette plaie évoluant en milieu infecté le plus souvent, est longue à se réparer et les éléments normaux de la paroi utérine ne sont jamais correctement régénérés. Il en résulte une cicatrice fibreuse, véritable sclérose, moins souple que le reste du tissu utérin qui pourra se rompre sous une pression plus forte. Elle se rompra d'autant plus facilement si elle est le siège de l'insertion du placenta au cours d'une nouvelle gestation. On sait que l'aire placentaire constitue normalement un des points faibles de l'utérus. En effet, cette zone a une épaisseur moindre que le reste de l'utérus. De plus sa résistance est encore diminuée par la pénétration des villosités choriales dans le parenchyme utérin, pénétration qui, normalement, ne dépasse pas la caduque, mais qui, dans de nombreux cas, peut atteindre en certains points la zone musculaire de l'utérus. Si l'insertion placentaire vient à se faire au niveau d'une zone cicatricielle résultant d'un curettage trop accentué, le tissu fibreux qui s'est formé en ce point sera impropre à subir les modifications histo-physiologiques néces-

saires pour la transformation en caduque inter-utéro-placentaire; il sera inapte à se défendre contre l'envahissement des villosités choriales, et il constituera une zone prédestinée à la rupture au cours de la gestation.

Ce sont encore les manœuvres abortives qui doivent être incriminées dans les cas de rupture spontanée de l'utérus pendant la gestation, soit qu'elles aient été pratiquées au début de la gestation actuelle ou à l'occasion de gestations antérieures. L'utérus a été lésé en un ou plusieurs points par des perforations superficielles, souvent minimes, qui guérissent en donnant des cicatrices irrégulières, peu souples, prêtes pour la rupture. De même si l'avortement a été pratiqué avec des instruments non stérilisés, ils pourront déterminer au niveau des points traumatisés une gangrène locale de l'utérus, aboutissant à la formation d'une escarre qui pourra se détacher ultérieurement et être cause de rupture de l'utérus. Pour Tardieu, ces manœuvres coupables au cours de la gestation seraient un facteur important de rupture spontanée de l'utérus gravide.

Les altérations pathologiques de la texture de l'utérus entraînent un état de moindre résistance des parois qui pourront se rompre plus facilement.

La dégénérescence fibreuse du muscle utérin, la présence de tumeurs interstitielles dans les parois de l'organe favorisent la rupture. La dégénérescence tuberculeuse de l'utérus, si elle est rare, peut donner lieu à de véritables cavernes par ramollissement et suppuration des tubercules.

Nous avons déjà parlé de la dégénérescence grais-

seuse de la fibre utérine qui prédisposait l'utérus à la rupture.

Quant à la môle hydatiforme, son rôle est connu, tout au moins pour une de ses variétés, dite môle perforante. Elle a tendance à envahir la caduque qui résiste le plus souvent, mais se laisse parfois dépasser. La caduque détruite, il y a pénétration du muscle utérin lui-même par les vésicules molaires. Les bourgeons épithéliaux envahissent la couche musculaire, progressent entre ses faisceaux et ses fibres, la disséquant et arrivant même à la perforer.

En somme, comme Murphy¹ le disait : « puisque cet accident est beaucoup plus fréquent chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants ou des accouchements antérieurs difficiles, ou chez lesquelles il a fallu pratiquer des interventions, nous sommes conduits à soupçonner des lésions pathologiques produites par une irritation préalable ».

On peut se demander, puisque la multiparité, les modifications de texture, les altérations pathologiques de l'utérus agissent comme causes prédisposantes de la rupture, si la cause véritable, efficiente, ne nous échappe pas dans le cas qui nous occupe, en dehors du travail de l'accouchement, alors que ni l'action de la contraction utérine, ni le défaut d'extensibilité des cicatrices, ni les traumatismes accidentels ne sont en cause ? En effet, dans les observations que nous rapportons, si l'examen qui a été fait nous révèle une altération des

1. Murphy, *Dublin med. journal*, 1835.

parois dans certains cas (gr. III, obs. 1, 2, 3, 4, 5) dans d'autres cas, l'examen reste négatif même au point rupturé, ce qui ne veut pas dire que la lésion n'existe pas. Enfin dans toute une série de cas (gr. V, obs. 1, 2, 3) on n'a pas pu préciser la cause de la rupture.

Il est des cas où la rupture spontanée de l'utérus grvide en dehors du travail s'explique plus facilement. Ce sont ceux où l'utérus présente une malformation quelconque, utérus infantile, bifide, bicorne ou présentant un diverticule.

Si dans un utérus bicorne, la gestation se développe dans la corne principale, l'utérus peut serompre par suite du défaut de résistance au voisinage de la corne accessoire, ce qui est rare; si au contraire la gestation se développe dans la corne rudimentaire ou dans un diverticule, les parois insuffisantes céderont lorsque l'œuf aura acquis un certain volume. C'est ce qui se passe dans le cas d'une grossesse tubaire. Le sac fœtal se rompt d'autant plus tôt que l'œuf s'est greffé dans une portion de la trompe moins large et moins extensible, plus précoce dans la grossesse isthmique que dans la grossesse ampullaire. Les symptômes de la rupture d'une corne rudimentaire sont d'ailleurs identiques à ceux de la rupture d'une trompe grvide, et sont, le plus souvent, confondus cliniquement.

Quant aux utérus infantiles, ils sont évidemment plus que les autres prédisposés à la rupture étant donné leur développement insuffisant.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les auteurs divisent les ruptures de l'utérus en ruptures complètes et incomplètes. Ces dernières sont les plus rares. Merz, sur 230 cas, a trouvé 46 ruptures incomplètes pour 181 ruptures complètes.

Les ruptures complètes intéressent toute l'épaisseur de l'utérus et les trois tuniques muqueuse, musculieuse, péritonéale participent à la rupture. Le siège en est variable, l'utérus peut être lésé en un point quelconque. Cependant le corps de l'organe, en particulier le fond, semble être le plus fréquemment atteint. En ce point, la séreuse contracte des adhérences intimes avec la musculieuse et la déchirure a peu de chances de rester sous-péritonéale. Sur 17 observations de rupture utérine survenue au cours de la gestation, recueillies par Lewers, la déchirure occupait 10 fois le fond de l'utérus. Dans les observations que nous rapportons, la déchirure siège au fond de l'utérus (obs. inédite, obs. groupe II, obs. 2, 3, 4, 5; gr. III, obs. 1; gr. IV, obs. 1, 2, 3; gr. V, obs. 1, 2); sur le corps, le long des bords (gr. I, obs. 1; gr. II, obs. 1, gr. V, obs. 3); sur la paroi antérieure, gr. III, obs. 2).

La forme de la rupture est variable. C'est tantôt

une perforation, tantôt une fente plus ou moins large ou une véritable crevasse. Il y avait une perforation (gr. III, obs. 1, 2.; gr. IV, obs. 1, 2, 3; gr. V, obs. 1, 2, 3), une déchirure (obs. inédite, gr. I, obs. 1; gr. II, obs. 1, 2, 3, 4).

L'étendue de la lésion est variable, souvent suffisante pour donner issue à l'œuf que l'on trouve à l'intervention dans la cavité péritonéale avec un abondant épanchement de sang mélangé de liquide amniotique, de méconium et de caillots.

La disposition et l'abondance de l'épanchement dépendent de la topographie de la zone déchirée, de l'importance des lésions vasculaires, du volume des parties fœtales. Si la tranche utérine qui saigne répond à l'insertion placentaire, si la déchirure siège sur les bords de l'utérus, lésant les vaisseaux particulièrement flexueux et volumineux qui l'abordent à ce niveau, l'épanchement sera plus abondant que si la rupture intéresse une des faces de l'utérus. Si rien ne vient faire obstacle à l'issue du sang cet épanchement sera considérable. Mais si une partie fœtale ou le placenta viennent faire tampon au niveau de la région qui saigne, l'hémorragie sera moindre. Quelquefois on a trouvé le fœtus ou le placenta faisant hernie au niveau de la déchirure.

Les ruptures incomplètes, c'est-à-dire sous-péritonéales, se produisent surtout au moment du travail, elles sont très rares au cours de la gestation. Ce sont avant tout des ruptures du segment inférieur, puisqu'à ce niveau le péritoine lâche se laisse facilement décoller du muscle utérin.

On s'est demandé quelle était la lésion anatomique aboutissant à la formation d'un point faible dans l'épaisseur de la paroi utérine et qui pourrait céder à une nouvelle gestation. La plupart des auteurs ayant pensé à la possibilité d'une lésion due à de petites escarres superficielles qui se seraient produites à des accouchements antérieurs, on a cherché au niveau des zones de rupture et souvent on n'a retrouvé aucune lésion pouvant favoriser la rupture en ce point. Aussi, d'après Freund¹ il s'agirait de lésions musculaires très peu prononcées.

Pour Bayer et Blind les cellules musculaires seraient atrophiées, déformées, réduites à une masse de protoplasma entourant le noyau et se prolongeant par un filament à chacune des extrémités.

D'autres auteurs attribuèrent la cause des ruptures spontanées de l'utérus gravide à la dégénérescence graisseuse de la fibre musculaire. Lehman la constata au voisinage de la rupture; Klob, à l'examen de plusieurs utérus rompus la trouva surtout marquée dans les couches superficielles de l'utérus au voisinage du péritoine. Simpson, dans un cas, la trouva étendue à tout l'utérus. Bandl, Braun, Fehling, Dakin ont pu constater la présence de fines gouttelettes graisseuses dans les fibres musculaires avoisinant la zone de rupture.

On s'est demandé si on peut attribuer à la dégénérescence graisseuse de la fibre musculaire la rupture spontanée de l'utérus en dehors du travail? Il semble que la présence de corps gras dans la fibre musculaire

¹. Freund, In *thèse de Sauvage*, Paris, 1901-1902.

pendant la gestation soit un fait anormal puisque les travaux de Accouci¹ ont montré qu'elle n'en contenait que quelques heures après l'accouchement au début de l'involution utérine. Peut-être s'agirait-il d'un début prématuré d'involution utérine explicable par le surmenage auquel la fibre utérine est soumise.

D'autres auteurs ont admis aussi comme cause de la rupture des processus d'inflammation interstitielle. Weiz a décelé des lésions de métrite chronique interstitielle au niveau des zones de rupture. Freund a trouvé au niveau de la partie externe du muscle utérin des lésions qu'il a rattachées à l'existence d'une péri-métrite. Lohlein a trouvé une infiltration de cellules rondes due sans doute à l'existence d'une endométrite.

Accouci, Duhrssen, Davidoff ont pensé que l'altération du tissu élastique devait aussi intervenir. Ils ont retrouvé des fibres élastiques à contours peu nets et présentant en saillie, par endroits, des pelotes polypiformes.

Si dans certains cas on a trouvé et on a pu invoquer comme cause des ruptures spontanées la dégénérescence granulo-graisseuse de la fibre musculaire, les processus d'inflammation interstitielle, l'altération du tissu élastique, dans d'autres cas on n'a pu mettre en évidence aucune de ces lésions. La question est encore très discutée et il semble que l'on ne puisse conclure de façon certaine sur les causes anatomiques des ruptures spontanées de l'utérus gravide.

1. Accouci, *Arch. de toxicologie*, 1892.

SYMPTOMATOLOGIE

La rupture utérine au cours de la gestation est un accident brutal.

C'est généralement chez une multipare dont la gestation évoluait jusque-là normalement que le drame éclate soudain. Tout un cortège bruyant de symptômes attirent immédiatement l'attention sur l'abdomen. La femme accuse une douleur extrêmement violente dans le ventre, douleur aiguë qu'elle ne peut localiser, d'une intensité telle qu'elle tombe généralement en syncope. Ce qui frappe chez elle, c'est l'altération des traits, le visage angoissé, le facies décoloré, les traits tirés, les yeux excavés, le nez pincé traduisent l'intensité de la douleur. Puis, les extrémités se refroidissent, une sueur froide baigne le corps.

La respiration est fréquente, courte, suspicieuse. La température s'abaisse, le pouls s'accélère de plus en plus, devient rapidement petit, filant, incomptable. L'accélération du pouls, sa faiblesse, en même temps que la baisse de la température au-dessous de la normale sont des signes très importants qu'il faut rechercher avec soin dans les ruptures utérines.

Souvent du hoquet, des nausées et des vomissements complètent le tableau.

La mort survient rapidement dans le collapsus si l'on n'intervient pas.

Dans quelques cas rares, la femme ne perd pas connaissance. Elle accuse une sensation de craquement et de liquide chaud qui se répand dans le ventre, en même temps elle ne perçoit plus les mouvements actifs du fœtus.

A ces signes graves d'hémorragie interne et de shock péritonéal s'ajoute, parfois, une hémorragie externe. D'abondance variable, elle est généralement minime. Le sang qui s'écoule est noir, sirupeux, poisseux montrant qu'il a séjourné un certain temps dans les voies génitales avant d'apparaître à la vulve.

A l'inspection de l'abdomen on note souvent du ballonnement; le ventre est en général régulier, plus rarement déformé, bilobé si le fœtus est passé dans l'abdomen. L'extrême sensibilité abdominale, l'hyperesthésie cutanée très marquée et la défense musculaire de la paroi rendent le palper très difficile. Néanmoins un examen attentif fera percevoir tantôt une tumeur unique, régulière, plus ou moins dure, tantôt deux tumeurs : l'une petite, régulière, c'est l'utérus revenu sur lui-même; l'autre plus volumineuse, irrégulière, c'est le fœtus que l'on peut sentir très superficiellement sous la peau. Dans aucun cas on ne perçoit de mouvements actifs du fœtus. Exceptionnellement, on trouve une tumeur crépitante, demi-fluctuante à la région hypogastrique qui est l'indice d'un épanchement collecté sous le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin. La percussion révèle soit de la matité, soit du météorisme si les anses

intestinales distendues s'interposent entre la paroi et la masse utéro-fœtale. L'auscultation du cœur fœtal est négative. Au toucher, dans les ruptures spontanées de l'utérus gravide en dehors du travail, on trouve naturellement un col fermé. Si le fœtus est resté dans l'utérus, on peut sentir la présentation; s'il est passé dans l'abdomen, on ne perçoit rien au niveau du segment inférieur.

Rarement lorsque la rupture se produit en dehors du travail, les lésions de l'utérus se compliquent d'une atteinte des organes voisins, vessie ou rectum, fréquentes dans les ruptures du travail. On peut faire un cathétérisme vésical ou un toucher rectal pour compléter l'examen et éliminer à coup sûr l'existence de ces complications.

De tous les signes fournis par l'examen, les plus importants sont ceux donnés par le palper, car les signes fonctionnels et généraux sont quelquefois trompeurs. Varnier et M. le Professeur Pinard confirment la disparité entre l'intensité des phénomènes généraux et l'apparence bénigne de la rupture et inversement : « Pas plus l'exploration manuelle, l'appareil symptomatique, la réaction de l'organisme ne peuvent conduire au diagnostic ferme du degré et de l'étendue de la rupture. Il est des ruptures complètes qui restent latentes. Il est des déchirures incomplètes sous-péritonéales d'apparence insignifiante à la biopsie et à l'autopsie qui donnent le tableau symptomatique attribué aux grands traumatismes abdominaux. »

EVOLUTION. — PRONOSTIC

Actuellement, même en intervenant d'urgence, le pronostic reste aussi sombre pour le fœtus qui meurt au moment de la rupture.

La mère peut succomber rapidement au shock traumatique ou à une hémorragie vite mortelle due à la rupture des gros vaisseaux utérins et au décollement du placenta. Si l'hémorragie a été moindre, la femme peut succomber plus tard à l'infection. Le pronostic pour la mère est subordonné à la violence du shock, à l'abondance de l'hémorragie et aussi à la rapidité de l'intervention. Seule une intervention d'urgence peut sauver la femme.

DIAGNOSTIC

En présence d'un accident aussi redoutable, fatal au fœtus, fatal à la mère si l'on n'intervient pas à temps, un diagnostic précoce s'impose, car c'est de la rapidité de l'intervention que dépend la vie de la femme.

Il faut penser à la possibilité d'une rupture spontanée de l'utérus chez la femme enceinte qui, au cours d'une gestation normale jusque là, est prise soudain de douleurs violentes dans le ventre et présente des signes d'hémorragie interne.

Il faut y penser d'autant plus que la recherche des commémoratifs aura attiré l'attention sur des accouchements antérieurs, des intervention post-partum, des avortements provoqués ou si l'on soupçonne quelque malformation génitale.

Il apparaît que l'ensemble symptomatique, signes d'hémorragie interne et de shock péritonéal, doivent imposer le diagnostic de rupture utérine. Il n'en est rien. On a rarement posé le diagnostic lorsque l'accident est survenu pendant la gestation. Les erreurs à éviter sont différentes suivant l'époque de la gestation.

Pendant la première moitié de la gestation, si les troubles intestinaux, vomissements, diarrhée ou constipation sont très accusés, il faudra éliminer les acci-

dents extra-génitaux qui peuvent donner le change.

Une rupture utérine a pu être prise parfois pour un empoisonnement, mais cela est rare et les anamnestiques permettent le diagnostic.

Une péritonite par perforation, dans les cas d'appendicite, de cholécystite, d'ulcère au cours d'une gestation ont pu en imposer pour une rupture de l'utérus. Mais le siège de la douleur dans chacun des cas, la défense musculaire en ce point, les antécédents, sont une probabilité en faveur de l'un ou l'autre des accidents. L'hémorragie externe avec ses caractères attire l'attention du côté de l'utérus. D'ailleurs, les signes d'hémorragie interne commandent l'intervention qui permet le diagnostic.

Parmi les accidents de la sphère génitale qui peuvent donner le change dans les premiers mois de la gestation, l'avortement et surtout la rupture d'une grossesse tubaire sont ceux auxquels on pense le plus souvent.

L'erreur avec l'avortement ne peut guère se faire qu'avec un avortement à forme syncopale. Mais l'état général, qui reste bon, le toucher qui décèle le travail et l'évolution favorable permettent le diagnostic.

La rupture d'une gestation ectopique est le diagnostic que l'on porte le plus souvent en présence d'une femme enceinte prise brusquement d'une douleur abdominale avec tendance syncopale et signes d'hémorragie interne. Mais, dans l'inondation péritonéale, un toucher prudent permet de percevoir un empâtement diffus avec résistance de la paroi utérine. L'ensemble de ces signes impose la laparotomie.

Si la rupture se produit dans la seconde moitié de la gestation, le diagnostic que l'on porte le plus souvent est celui d'hémorragie rétro-placentaire. Dans les deux cas, la douleur est vive, les phénomènes hémorragiques sont les mêmes, vertiges, tendances syncopales, bourdonnements d'oreille, petitesse du pouls. L'hémorragie peut être à la fois interne et externe. Le fœtus est perçu difficilement du fait de la tension douloureuse de l'utérus, l'auscultation du cœur fœtal est négative. Mais dans l'hémorragie rétro-placentaire l'utérus est volumineux, il y a disproportion entre le volume de l'utérus et l'âge de la gestation. Et localement, il est des signes classiques depuis la description de M. le Professeur Pinard qui font le diagnostic : « C'est la forme irrégulière de l'utérus, c'est surtout sa consistance ligneuse, c'est la dureté du segment inférieur qui s'enfonce comme une sébille de bois dans l'excavation, c'est l'augmentation de volume rapide ». A côté de ces signes, le syndrome toxhémique de l'hémorragie rétro-placentaire fait défaut dans la rupture utérine. Il faut rechercher s'il n'y a pas d'albuminurie, d'hypertension, de troubles visuels, d'ictère, de petites hémorragies pour éliminer l'hémorragie rétro-placentaire et porter à coup sûr le diagnostic de rupture utérine.

Dans les derniers mois de la gestation, il faut éviter aussi l'erreur avec l'insertion vicieuse du placenta. L'hémorragie qu'elle cause est brusque, sans cause, abondante, sans douleurs, pouvant se reproduire et s'arrêter spontanément. Le shock péritonéal n'existe

pas. A des examens antérieurs, on avait remarqué que la présentation restait élevée et mobile et, au toucher, on avait pu sentir une masse molle interposée entre le doigt et la tête fœtale. Dans la rupture utérine, au toucher, l'utérus a sa consistance normale, pâteuse, on sent ou on ne sent pas la présentation suivant que le fœtus est resté dans l'utérus ou est passé dans l'abdomen. L'hémorragie externe est insuffisante à expliquer l'anémie de la femme. Les signes d'hémorragie interne s'accompagnent de ceux du shock péritonéal.

TRAITEMENT

Nous avons vu la gravité de la rupture utérine au cours de la gestation, fatale au fœtus, dangereuse pour la mère. D'après Pozzi : « Temporiser, c'est dans la grande majorité des cas laisser mourir la femme pour ne pas assumer la responsabilité d'une opération cent fois moins grave que l'attente. »

C'est l'état de shock hémorragique s'aggravant rapidement qui commande l'intervention. La laparotomie s'impose, elle permet de voir les lésions et est aussi le premier temps du traitement. Sur 32 cas cités par Champetier de Ribes, 23 femmes sont traitées autrement que par laparotomie, 20 sont mortes.

L'opération doit être pratiquée chez la femme soutenue par des injections de sérum et placée dans le decubitus horizontal. Le fœtus extrait, le péritoine évacué du sang et des caillots, on peut mettre la femme en Trendelenburg pour compléter l'intervention et traiter la déchirure.

Le plus souvent, il s'agit d'une rupture complète, l'hémorragie a été forte, il faut aller vite et pratiquer une hystérectomie totale ou subtotale. L'une ou l'autre peut être appliquée à la préférence du chirurgien et

suivant le siège des lésions. M. Shickelé conseille l'hystérectomie totale pour les déchirures des parties basses du corps de l'utérus et pour les déchirures combinées du col et du corps; la subtotale dans les déchirures du corps.

Si la femme est très shockée, fortement anémiée, presque mourante, on peut pratiquer l'opération de Porro.

Quant à la suture utérine, elle est à rejeter car l'intervention est longue, on intervient sur un utérus déjà lésé. En raison de l'état contus des lèvres de la plaie, de leur irrégularité, elle échoue presque fatalement. D'autre part et surtout, la rupture peut se reproduire à une nouvelle gestation car nous avons vu que des cicatrices anciennes étaient une amorce pour une nouvelle rupture. La conservation d'un utérus qui s'est déjà rompu est un danger pour la femme. D'après l'expression de Varnier : « Lorsqu'une femme en essayant de reproduire l'espèce, a rompu son utérus, elle est bonne à mettre en réforme pour blessures graves contractées dans le service. Ce n'est pas avec des invalides qu'on fait campagne. »

OBSERVATIONS

Nous avons choisi quelques cas parmi les observations de ruptures spontanées de l'utérus pendant la gestation trouvées dans la littérature. Nous les reproduisons à la fin de ce travail ainsi que l'observation inédite que nous devons à l'amabilité de M. le Dr Levant, en les groupant d'après la cause à laquelle on peut les rattacher.

Observation originale

due à l'obligeance de M. le Dr LEVANT

(Obs. 843 du registre d'accouchement de la Maternité de la Charité. — Année 1925).

Laparotomie suivie d'hystérectomie pour rupture utérine avant tout début de travail.

Mme L... âgée de 26 ans vient consulter à la Maternité de la Charité, dans le service de M. le Dr Levant, parce que, arrivée au 6^e mois de sa 4^e gestation, elle a quelques pertes de sang.

Comme antécédents obstétricaux, on note : une 1^{re} gestation en 1922 se terminant par un accouchement spontané à terme d'un enfant vivant pesant 2 kg. 300.

La femme a fait ensuite deux avortements, l'un au cours du 3^e mois en 1923; l'autre dans le courant du 1^{er} mois en 1924 (avortements provoqués).

La gestation actuelle a été bien supportée jusqu'au 6^e mois. A cette époque la femme aurait eu quelques pertes de sang qui la poussent à consulter. On l'examine et on trouve alors :

Le 28 août 1925, un utérus bien développé du volume d'une gestation de 6 mois environ. Les bruits du cœur sont perçus. On conseille le repos à la femme et on l'engage à revenir consulter. Elle revient à différentes reprises et on note :

Le 11 septembre 1925, une grossesse de 6 mois 1/2 environ. La tête est dans la corne droite, l'enfant est vivant.

Le 23 septembre 1925, on trouve une présentation transversale, la tête est dans la fosse iliaque gauche. L'enfant est vivant.

Le 1^{er} octobre, la femme dit avoir eu la veille une hémorragie brusque, peu douloureuse, assez abondante. On pratique le toucher et dans le cul-de-sac antérieur et le cul-de-sac droit on croit sentir une masse molle, on pose avec toute réserve le diagnostic de placenta prævia.

Le 12 octobre : Le fœtus paraît se verticaliser, le siège descend au détroit supérieur. La femme en étant à 7 mois 1/2 de sa gestation, on la fait entrer au dortoir afin de la surveiller pendant la fin de sa gestation.

Le 15 octobre à 5 heures : Sans que rien n'ait pu le faire prévoir depuis son entrée au dortoir, la femme est

prise brusquement d'une douleur très violente dans la partie inférieure et droite de l'abdomen qui lui fait pousser un cri. Elle accuse nettement une sensation de déchirure de ce côté.

L'examen est très difficile, l'abdomen est douloureux, surtout du côté droit. L'utérus est dur dans son ensemble et le reste constamment.

A l'auscultation, on croit entendre le cœur fœtal normal.

Au toucher, on ne trouve aucun signe de travail.

Le pouls est à 104, la respiration rapide, superficielle.

On surveille la femme et on lui fait une injection d'huile camphrée.

A 7 heures, la malade très abattue ne cesse de se plaindre. L'état général s'est aggravé, le faciès est anxieux et pâle, la femme est dyspnéique. Le pouls ne dépasse pas 100, assez régulier mais faible.

On fait à la femme une injection de sérum glucosé.

A 8 heures 30, le faciès est plus pâle.

L'examen est presque impossible, tout le ventre étant douloureux. L'utérus semble plus dur et plus haut de deux travers de doigt. La tension artérielle au Vaquez est 9-5.

On prévient M. le D^r Levant.

A 10 heures, la femme a un faciès shocké, hémorragique. Les téguments, les muqueuses se décolorent, les yeux se cernent, la peau est froide et se couvre de sueurs. La femme a des nausées et accuse des tendances à la syncope. La respiration est fréquente et courte.

Le pouls est faible, rapide, difficilement perçu et bat à 160.

La tension artérielle est de 9-6 au Vaquez. L'abdomen est météorisé et le palper presque impossible permet cependant de sentir que l'utérus dont le fond s'est élevé de 2 travers de doigt en une heure est tendu de façon continue et excessivement douloureux dans la région du bord et de la corne droite.

Les bruits du cœur ne sont pas perçus.

Au toucher, le col est long et fermé, il n'y a aucun début de travail.

Il n'y a pas d'hémorragie externe.

On porte le diagnostic d'hémorragie rétro-placentaire, sans doute avec grosses lésions de l'utérus mais sans pouvoir l'affirmer.

On décide d'intervenir par la voie haute après avoir tout préparé pour une transfusion sanguine post-opératoire.

A 11 heures, M. le Dr Levant intervient. La laparotomie est sous et un peu sus-ombilicale. A l'ouverture du péritoine, il y a une grande quantité de sang libre et de caillots sur la face antérieure de l'utérus. L'utérus est extériorisé. Au moment où le fond utérin sort de l'abdomen, on constate une déchirure complète, transversale par où fait issue l'œuf. On éponge la cavité péritonéale. On incise l'utérus sur la ligne médiane, on retire un enfant de sexe masculin pesant 2.550 gr., mort depuis peu de temps et le placenta pesant 420 gr.

On procède à une hystérectomie subtotale, on péritonise le petit bassin et on ferme la paroi en 3 plans.

Après l'intervention, la tension artérielle au Vaquéz est à 8-0. Le pouls difficile à percevoir, filant, oscille entre 180 et 200.

On fait à la femme une transfusion de 175 cc. de sang et une injection de sérum artificiel. Après la transfusion, la tension artérielle est 9-2, le pouls bat à 160. Les extrémités restent froides, mais le facies se recoloré.

A 19 heures, le pouls mieux frappé est à 140, la tension est de 11-7. Le facies est plus coloré.

Le 16 octobre, la femme est mieux. Le pouls reste un peu rapide, à 112 mais il est bien frappé. La tension est de 11-8. La température oscille autour de 38° et se maintient quelques jours entre 37° et 38° pour revenir à la normale.

Les suites opératoires sont bonnes. La femme quitte la Charité 16 jours après, guérie.

Examen de la pièce.

I. — Examen macroscopique de l'utérus fixé.

Le corps utérin fixé et rétrecté est cordiforme. Son poids est de 570 grammes. La hauteur totale de l'utérus du fond à l'orifice interne du col est de 13 centimètres. Dans la partie transversale, c'est-à-dire de l'insertion d'un ligament utéro-ovarien à l'autre, il mesure 12 cm. Les dimensions antéro-postérieures varient de 45 à 65 millimètres.

Les mensurations faites n'ont qu'une valeur relative, car il ne faut pas oublier les modifications de volume

du corps utérin dues aux contractions survenues lors de l'opération avant la fixation de la pièce et même au début de cette fixation. Toutefois ces mensurations gardent toute leur valeur si on les utilise simplement pour localiser la déchirure.

La rupture s'est produite au niveau du fond utérin. C'est une crevasse à bords irréguliers, d'une longueur de 9 centimètres, partant du bord gauche de l'utérus, à 4 centimètres de l'insertion du ligament utéro-ovarien gauche, pour s'étendre jusqu'au bord droit, à 5 centimètres de l'insertion du ligament utéro-ovarien droit. Les lèvres de la déchirure sont séparées par un intervalle de 15 millimètres. La rupture empiète sur la face antérieure du corps utérin pour ne déborder que très peu sur sa face postérieure.

Au niveau de la face antérieure du corps utérin, à peu de distance de la lèvre de la déchirure, se fait l'insertion du gâteau placentaire.

II. — *Examen microscopique*

La coupe porte sur un fragment de l'utérus intéressant le placenta, la muqueuse, la musculuse et la séreuse. Du côté péritonéal, le revêtement péritonéal a disparu, mais le tissu conjonctif sous-séreux persiste. Du côté de la cavité utérine, on ne note pas de modifications, mais on trouve la caduque très amincie. En ce point correspondant à l'insertion du placenta, on

¹. Nous adressons nos vifs remerciements à MM. les Docteurs Fisch et Lelièvre, chefs de laboratoire à la Faculté, qui ont bien voulu se charger de l'examen histologique.

trouve les villosités placentaires qui ne présentent rien de particulier.

Au niveau des lèvres de la rupture, les faisceaux musculaires apparaissent, ils sont dissociés. On y remarque des vaisseaux nombreux et dilatés. Il y a des traces d'hémorragie et, en un point, on trouve un vaisseau déchiré. Dans une fente, il y a un caillot constitué par un réseau de fibrine.

Le muscle utérin ne semble pas altéré. Il présente des faisceaux groupés autour des vaisseaux, les uns transversalement, les autres longitudinalement, les autres obliquement.

Sur les préparations, les fascicules musculaires ne présentent aucune modification anormale. Leurs éléments constitutifs sont hypertrophiés et il ne semble point que les fibres musculaires soient frappées de dégénérescence graisseuse. Toutefois, des fragments de l'organe n'ayant pas été fixés par les réactifs indispensables pour dépister la graisse (osmium) nous ne pouvons affirmer qu'il n'y ait point, dans certaines fibres, une légère dégénérescence.

Il n'existe pas trace dans les interstices conjonctivo-vasculaires séparant les fascicules musculaires, ni à la surface externe, ni à la surface interne, ni en plein myomètre, d'infiltration leucocytaire ou d'un processus que l'on puisse rattacher à une inflammation interstitielle chronique ou aiguë.

En résumé, l'examen microscopique de la coupe montre l'image de la rupture utérine, mais il est né-

gatif au point de vue des lésions de la fibre musculaire elle-même et vraisemblablement, on ne peut suspecter dans le cas que nous étudions, comme cause étiologique la dégénérescence graisseuse des fibres lisses. D'après cet examen, il est impossible de rapporter la rupture à une cause quelconque, exogène par dissociation des éléments utérins par manœuvres abortives avec un instrument quelconque ou endogène par altération des éléments musculaires.

PREMIER GROUPE D'OBSERVATIONS

Cas ou la rupture de l'utérus est attribuée à des manœuvres abortives.

Obs. I. — *Rupture utérine au cours de la gestation vraisemblablement consécutive à des manœuvres abortives.* Demelin et Vignes (*Bulletin et mémoire Société anatomique*, Paris 1921 xci 369.)

Mme D..., 36 ans, entre à la Maternité de Lariboisière (obs. 941 bis de 1912) le 14 juin 1921 pour une métrorragie assez abondante précédée de douleurs violentes et survenue la veille au cours du 7^e mois de sa 3^e gestation. A son entrée, on note la hauteur utérine qui est de 24 centimètres, un siège en bas et on ne perçoit pas de bruits du cœur. La température axillaire est de 37, 4 et le pouls à 120.

Le 15 juin, vomissements bilieux dans la matinée, ventre ballonné, météorisé. Température à 38° 4 le matin, pouls à 132. Facies altéré. Urines rares.

Le 16 juin : les vomissements persistent mais moins abondants.

Le 17, diarrhée.

Le 18, légère dyspnée, les poumons sont indemnes. Le facies est tiré, les yeux cernés, la voix voilée. Aucun mouvement fœtal n'est perçu. T. à 36° 4. Pouls à 130 très petit, hypotendu. La tension est impossible à prendre.

Le 20, moins de ballonnement. Persistance de la dyspnée. T. à 36° 2. Pouls très rapide dépasse 130. Mains froides et cyanosées. Les bruits du cœur fœtal ne sont pas perçus, le cœur maternel présente de la tachycardie.

Le 21 au matin, la T. monte brusquement à 39.

Rien au cœur, rien aux poumons, mais des pertes purulentes extrêmement fétides s'écoulent par le vagin.

Le 22, facies grippé, ventre ballonné, fétidité des pertes. Le palper abdominal devient très douloureux.

Le 23, facies plombé, T. à 40°, pouls à 158.

Le fœtus est senti directement sous la paroi abdominale et fait penser à une gestation ectopique ou à une rupture utérine.

La malade meurt à 16 heures.

L'autopsie montra une péritonite purulente, un fœtus macéré intra-abdominal pesant 2.100 grammes avec le placenta, un utérus long de 10 centimètres et qui présentait sur son bord gauche une rupture longue de 6 centimètres.

D'après les renseignements obtenus, il est vraisemblable qu'il y avait eu des manœuvres abortives pratiquées sur cette femme ayant déterminé une zone de gangrène. La chute de cette escarre a été assez tardive, il s'est développé une péritonite généralisée.

DEUXIEME GROUPE D'OBSERVATIONS

Cas ou la rupture de l'utérus est attribuée à un curettage ou à une délivrance artificielle

Obs. I. — Meyer (*Arch. mens. Obst. Gyn.*, Paris 1915, p. 291-295.)

Mme X..., 35 ans, entre à la Maternité le 4 février 1909. Elle a eu 9 grossesses antérieures dont 3 terminées prématurément. De ces 3 avortements les deux premiers ne présentent rien à signaler, le dernier il y a 5 ans a été terminé par « une opération ». Un des accouchements, il y a sept ans s'est terminé par une extraction difficile. Dernier accouchement, il y a 3 ans, naturel. Ni fièvre, ni hémorragie pendant les suites de couches. Elle quitte le lit le 10^e jour, mais quatre jours plus tard, après une émotion violente, elle eut une forte hémorragie. On lui fit un curettage répété 8 jours plus tard qui ramena quelques débris placentaires. Depuis, elle s'est portée tout à fait bien jusqu'à la grossesse actuelle.

Les dernières règles datent de fin juin 1908.

Depuis elle s'est plainte de douleurs de reins et dans le ventre.

Le 1^{er} février elle perd un peu de sang, elle garde le lit, pas de vertige, pas de syncope.

Le 4 février, elle est prise subitement de douleurs abdominales et perd un peu de sang.

Deux heures plus tard, transportée à la Maternité elle était extrêmement anémique, pouls non perceptible.

C'était surtout la forme irrégulière de l'abdomen et la netteté avec laquelle se laissaient palper les parties fœtales qui étaient frappantes. Par le toucher, on reconnut que le

col n'était pas effacé, on n'arrivait ni sur le placenta, ni sur des parties fœtales.

Le diagnostic hésita entre une rupture de grossesse extra-utérine et une rupture de l'utérus gravide.

Intervention : inondation péritonéale énorme, le fœtus était dans le Douglas.

Le corps de l'utérus s'était rompu de haut en bas, un peu derrière le bord gauche et était complètement inversé à travers la rupture. Hystérectomie subtotal.

Mort de la malade à la fermeture de la paroi.

Autopsie démontre une anémie extrême.

A l'examen de l'utérus, pas d'altérations histologiques caractéristiques.

Enfant mort pesant 2.300 grammes.

Obs II. — Ladinski (*Presse médicale*, 24 mars 1906.)

Femme de 28 ans. A eu 3 accouchements normaux, un avortement il y a 7 ans, le dernier accouchement avait eu lieu il y a 5 ans et fut suivi d'un curetage.

Il y a quelques mois la femme commença une nouvelle grossesse. Arrivée au 7^e mois de sa gestation, elle éprouva quelques douleurs et elle s'aperçut d'un léger écoulement sanguinolent. A ce moment Ladinski trouva un fœtus vivant en bonne position, le col n'était pas dilaté.

Le repos et les opiacés eurent raison de l'écoulement de sang, mais les douleurs persistèrent. Cinq jours plus tard, l'auteur fut appelé d'urgence et trouva la malade dans le collapsus, extrêmement pâle, souffrant de violentes douleurs abdominales et de fréquentes nausées. Les respirations étaient fréquentes, suspirieuses, le pouls filiforme et par moment imperceptible.

Laparotomie : l'abdomen était rempli de sang coagulé, l'œuf intact flottait dans la cavité péritonéale. Le fœtus était mort.

L'utérus présentait dans la partie supérieure et droite de sa paroi antérieure une déchirure de 10 centimètres.

Comme la matrice présentait en plusieurs endroits des lésions ressemblant à des cicatrices anciennes, on pratiqua une hystérectomie. La malade guérit.

La rupture de l'utérus gravide était due probablement à la présence de cicatrices anciennes résultant soit du curettage maladroitement fait, soit de la délivrance artificielle qui avait été laborieuse et sans doute accompagnée de l'arrachement de petites portions de la paroi utérine.

Obs. III. — Beyer (*Presse médicale*, 1913, n° 36.)

Femme de 20 ans ayant eu en 1910 un accouchement avant terme, fébrile, pour lequel on avait dû faire une délivrance artificielle. Elle devint enceinte une seconde fois, les dernières règles étant de la fin octobre 1911. Le 7 janvier 1912, la femme se plaignit de violentes douleurs abdominales accompagnées de vomissements, avec météorisme abdominal, T. à 37° 3, pouls à 106. La pression de l'utérus est douloureuse.

Le 16 janvier, elle est prise soudain de violentes douleurs dans l'abdomen avec la sensation de quelque chose qui se déchire et qu'il s'écoule du liquide par le vagin.

Pouls rapide, incomptable.

Laparotomie. La cavité abdominale est remplie de sang et de caillots, le fœtus est libre dans l'abdomen, le fond de l'utérus est déchiré sur toute son étendue. Hystérectomie. Guérison.

Obs. IV. — Sieber (*Deutsche Med. Woch.*, 1911, t. XXXVII
n° 37 14 septembre, page 1572.)

Une jeune femme de 23 ans, qui avait eu 2 enfants, se trouvant au 5^e mois d'une 3^e gestation fut amenée moribonde à l'hôpital. Sieber, après laparotomie, constata une grande déchirure transversale de tout le fond de l'utérus ayant permis l'issue du fœtus dans la cavité abdominale.

Il n'y avait eu ni traumatisme, ni tentative criminelle d'avortement, ni lésion consécutive à un curettage antérieur.

Mais à la suite d'un accouchement antérieur on avait dû pratiquer une délivrance artificielle.

Au niveau de la rupture, on notait que la paroi était amincie, que le tissu placentaire s'enfonçait profondément dans la paroi, mais il n'existait aucune altération de la musculaire.

Obs V. — Bar et Mercier. (*Thèse de Mercier*, Paris 1898.)

Rupture de l'utérus au voisinage d'une corne chez une femme au 9^e mois de sa deuxième gestation. Dans les antécédents on note un curettage.

Obs VI. — Trillat et Emery. (*B. Soc. Obst. Gyn.* Paris 1920)

Rupture spontanée de l'utérus au 7^e mois chez une femme de 32 ans au cours de sa 6^e gestation. Deux curettages successifs dans ses antécédents pour rétention placentaire post-abortive.

Obs. VII. — Jellinghaus, (cité par Baisch : *Munch. Med. Woch.*, 1913.)

Femme de 38 ans, 7^e pare, rupture spontanée de l'utérus au 6^e mois de la gestation.

Obs. VIII. — Fredet (cité par Baisch, *Munch. Med. Woch* 1913.)

Rupture spontanée chez une 3^e pare.

TROISIÈME GROUPE D'OBSERVATIONS

**Rupture utérine dans les cas d'altération des parois
de l'organe.**

Obs I. — Potocki (*Bull. Soc. Obst. Gyn.*, Paris 1921-1922, p. 627). — *Perforation spontanée du fond de l'utérus au voisinage du terme de la gestation.* (observation résumée.)

Il s'agit d'une femme de 18 ans entrée à la Maternité le 4 août 1922 alors qu'elle en était à sa 2^e gestation, au cours de laquelle elle avait eu de petites pertes de sang.

A son entrée, on trouve la malade pâle avec un pouls petit. A l'examen, l'utérus était régulier, on trouvait une tête mobile au détroit supérieur, un col non effacé, pas de signes nets de travail, pas d'écoulement vaginal, la T. à 37°.

Le lendemain matin, la femme est prise de douleurs abdominales violentes, son facies s'altère, le pouls devient petit et fréquent, les bruits du cœur fœtal ne sont plus perçus.

L'état s'aggrave, le pouls devient filant, incomptable, la tension au Vaquez est 8-5.

On élimine le diagnostic d'hémorragie rétro-placentaire auquel on avait pensé parce qu'il n'y a pas d'hémorragie externe. On fait une transfusion de sang.

On intervient le 7 août et on trouve du sang dans la cavité abdominale. Au niveau du fond de l'utérus, près de la corne droite, on voit une petite tumeur ayant les caractères du

tissu placentaire faire hernie hors de la cavité utérine. Hystérectomie totale. Mort.

Dans les antécédents de cette femme on notait que l'année précédente, elle avait été traitée pour une môle hydatiforme et qu'on lui avait fait un curettage avec la grosse curette mousse.

M. Potocki conclut qu'il s'agit d'une perforation de l'organe due au forage par les villosités choriales de la paroi utérine.

Obs. II. — Ralph Waldo (Amer. Journ. of obstetrics, sept. 1910. In *Semaine médicale*, 22 février 1911.). — *Rupture spontanée de l'utérus consécutive à une môle hydatiforme.* (Obs. résumée.)

Il s'agit d'une femme de 22 ans, enceinte de 2 mois environ qui se met à perdre un peu de sang. Elle avait eu précédemment un avortement au cours du 4^e mois.

Le médecin appelé trouvant l'utérus hypertrophié, le col fermé soupçonna l'existence d'une môle.

Deux mois plus tard, la femme fut prise d'une douleur abdominale syncopale, de dyspnée. Le pouls était faible, à 150.

M. Waldo l'examina et trouva l'utérus du volume d'une gestation de 6 mois environ.

Laparotomie. Sur la paroi antérieure de l'utérus, un peu à gauche de la ligne médiane on trouve une perforation irrégulière par où font hernie des vésicules hydatiformes. La paroi utérine est très amincie par places par suite de l'infiltration des franges chorio-placentaires. L'amincissement est maximum au niveau de la perforation.

Obs. III. — Green Armytage (*Journal of obst. and gynec. of British Emp.*, sept. 1913.) — *Rupture spontanée de l'utérus au 8^e mois chez une primipare de 22 ans.*

L'examen histologique au niveau de la zone rompue montre la dégénérescence hyaline et une infiltration fibreuse du tissu musculaire.

Obs. — IV. — Mercier (Thèse de Paris 1898 in Coutagne, *Lyon médical*, 1882, n^o 41). — *Rupture spontanée de l'utérus au 3^e mois.*

L'examen de la paroi révèle une tumeur fibreuse ramollie.

Obs. V. — Mercier (Thèse de Paris 1898 in Coutagne, *Lyon médical*, 1882, 304). — *Rupture spontanée de l'utérus à 6 mois.*

L'autopsie montre « l'état gangréneux » de cet organe.

QUATRIEME GROUPE D'OBSERVATIONS

Rupture de l'utérus dans les cas de malformation de cet organe.

Obs. I. — Meyer, *Arch. mens. Obst. Gynec.*, Paris 1915, 291, 295. (Obs. résumée.)

Mme L... 23 ans, entra à la Maternité le 11 décembre 1914 lors de sa 2^e gestation. Au cours du 7^e mois, elle fut prise de douleurs abdominales violentes, T. 36° 5, pouls à 80, le ventre est tendu et douloureux, le météorisme abdominal augmente, il y a un certain degré de défense musculaire.

A l'intervention on trouve un épanchement de sang dans l'abdomen et un orifice circulaire au niveau du fond de la matrice. Hystérectomie subtotale. Guérison.

L'auteur pense qu'il s'agit là d'un utérus infantile, étant donné le développement faible des ligaments ronds et des vaisseaux.

L'examen histologique ne révéla pas d'altérations caractéristiques.

Obs. II. — De Chabert (*Echo médical du Nord*, 1903, n° 25, 274. — *Utérus cloisonné. Grossesse dans une corne. Rupture et mort.* (Résumée.)

Une femme âgée de 23 ans qui en était à sa 4^e gestation entre à l'hôpital parce qu'elle a eu il y a une semaine une perte de 3 à 4 mois et que depuis elle souffre du ventre. L'état général est mauvais la T. est à 41° 4, le pouls dépasse 120. Le ventre est gros, douloureux, à la palpation on sent une tumeur dure atteignant l'ombilic.

La malade est examinée sous anesthésie. On perçoit deux cavités, l'une régulière paraît être l'utérus, l'autre plus anfractueuse qui peut être soit une corne utérine vide, soit une perforation accidentelle par manœuvres abortives bien que la femme affirme qu'elle n'en a point été l'objet. On fait un curettage, une injection intra-utérine, un pansement à la gaze iodoformée. La température est à 38° 8, le pouls est rapide. Le lendemain la température est à 37° 5, le pouls est très petit et atteint 130. L'état général est mauvais.

La femme meurt dans l'après-midi.

L'autopsie montre de la péritonite purulente avec des fausses membranes tapissant le péritoine, les anses intestinales et les annexes.

En arrière, dans le Douglas, un morceau de placenta assez volumineux flottait dans le pus.

L'utérus se présente sous la forme d'une grosse masse aplatie dans le sens antéro-postérieur, légèrement bilobée, et portant à son sommet une vaste perforation de 5 à 6 centimètres de diamètre. A gauche un kyste de l'ovaire à contenu colloïde constituait presque à lui seul la tumeur abdominale perçue à la palpation.

L'utérus enlevé est un utérus bicorne, la corne droite est beaucoup plus développée que la gauche par suite de la grossesse qui s'y est produite. La corne gauche possède une cavité beaucoup plus petite séparée de la première par une cloison se poursuivant jusqu'à l'orifice interne du col.

Il n'y a qu'un col. La perforation qui est vaste a dû dépendre d'une zone de sphacèle.

Obs. III. — Robert Von Ernst (*Gynæcologia Helvetica Frühlings ansage*, 1914, page 177). — *Rupture d'un utérus malformé.*

Femme ayant eu deux accouchements normaux et deux avortements. Elle entre à l'hôpital avec des signes d'hémorragie interne et meurt aussitôt.

A l'autopsie, on trouve un utérus uniçorne avec une corne accessoire droite qui avait été le siège d'une gestation et qui était rompue à sa partie antérieure. Par cette déchirure font irruption un cordon et le placenta, le fœtus long de 16 centimètres est trouvé dans l'hypocondre droit.

CINQUIEME GROUPE D'OBSERVATIONS

Cas ou la cause de la rupture est inconnue

Ob. I. — Mercier (In *Glasgow medical journal*, 1862, 324-329.)

— *Rupture spontanée au 4^e mois de la gestation.*

Femme de 37 ans qui présenta brusquement une violente douleur abdominale, des vomissements, et qui mourut très rapidement.

L'autopsie montra du sang répandu dans la cavité abdominale. Un fœtus d'environ 4 mois et les membranes apparaissaient faisant partiellement saillie par une rupture du fond de l'utérus qui mesurait 4 pouces et demi dans le sens transversal et 3 pouces et demi d'avant en arrière.

L'utérus au point de la rupture paraissait avoir une structure normale et en aucun point il n'y avait trace d'altération.

Obs. II. — Mercier (In Coutagne, *Lyon médical* 1882, 303). —

Rupture spontanée au 4^e mois de la gestation.

Femme de 30 ans, a eu un accouchement antérieur normal. Au quatrième mois de sa 2^e gestation elle ressent brusquement une violente douleur dans le ventre suivie de prostration rapide. Elle meurt six heures après sans qu'il se soit rien écoulé des parties génitales.

Autopsie: Fœtus de 4 mois passé dans la cavité abdominale avec une grande quantité de sang. L'utérus est rétracté et présente dans le fond une déchirure dont la cause n'a pu être reconnue.

Obs. III. — Meyer : *Arch. mens. Obst. Gynécologie* Paris 1915.

Il s'agit d'une femme de 31 ans qui a eu 7 accouchements à terme, une fausse couche et un accouchement prématuré d'un fœtus macéré.

Au cours de sa gestation actuelle, elle a une hémorragie et entre à l'hôpital avec le diagnostic de placenta prævia. A son arrivée, elle vient d'avoir une nouvelle hémorragie, le pouls est à peine perceptible.

Elle meurt avant l'intervention.

A l'autopsie, la cavité péritonéale est remplie de sang, on trouve une rupture longitudinale du corps de l'utérus sur le bord. Le fœtus pesant 2.250 gr. et le placenta étaient passés dans l'abdomen.

L'examen histologique de l'utérus ne révéla pas d'altérations caractéristiques.

CONCLUSIONS

I. Si on met à part les ruptures dues à des traumatismes accidentels ou obstétricaux et celles dues à des cicatrices de ruptures ou de césariennes antérieures, les ruptures utérines au cours de la gestation sont très rares.

Dans la littérature, nous avons réuni 59 cas de ruptures spontanées de l'utérus au cours de la gestation auxquels s'ajoute notre cas personnel.

II. Elles sont à peu près aussi fréquentes dans la première moitié que dans la deuxième moitié de la gestation.

III. Les causes sont très variées. On a pu incriminer :

a) Des modifications de la texture utérine dues aux délivrances artificielles, aux curettages, aux manœuvres abortives.

b) Des altérations pathologiques des parois de l'organe telles que les dégénérescences fibreuse, tuberculeuse, graisseuse.

c) Des malformations de l'utérus, utérus bicorne, bifide, dévorticule ou infantilisme utérin.

d) L'envahissement de la paroi par certaines môles vésiculaires à évolution maligne.

Dans un assez grand nombre de cas la cause n'a pu être précisée.

IV. Les ruptures de l'utérus pendant la gestation sont presque toujours des ruptures complètes.

La déchirure siège le plus souvent au niveau du fond utérin.

Le fœtus et le placenta restent dans l'utérus ou passent dans la cavité péritonéale.

V. Le début est brutal. Ce sont les signes d'hémorragie interne et de shock péritonéal qui dominant la scène.

VI. La mort du fœtus est constante. Pour la mère le pronostic dépend de la rapidité de l'intervention chirurgicale.

VII. L'intervention de choix est l'hystérectomie totale ou subtotale pratiquée aussi tôt que possible après le début de l'accident.

L'opération de Porro peut être pratiquée chez une femme fortement shockée quand il faut aller très vite.

Il faut rejeter la suture utérine qui expose à une rupture itérative.

Vu, le Doyen,
H. ROGER.

Vu, le Président,
COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
LAPIE.

BIBLIOGRAPHIE

- Amussat.** — Obs. d'une déchirure de l'utérus chez une femme enceinte. (*N. journal de Méd. chir. pharm.*, Paris 1819, p. 296-300.)
- Bar et Mercier.** — Des ruptures spontanées de l'utérus gravide. (*Bull. Soc. Obst. Paris*, 9 février 1898, p. 36-45.)
- Bérigny.** — Un cas de rupture spontanée de l'utérus. (*Moniteur des Hôpitaux*. Paris 1856 p. 39.)
- Boquel.** — Sur le diagnostic et le traitement des ruptures utérines. (*Arch. méd. d'Angers*, 1905, p. 33, 74, 97, 139, 167, 199.)
- Brüninghaus-Braoudé (Mme).** — Hémorragie dans les ruptures utérines. (*Thèse de Paris*, 1908-1909.)
- Canestrini.** — Historia de utero duplici. (Obs. 3, in Coutagne, *Lyon médical*, 1882.)
- Christophe Antoine.** — Des ruptures spontanées du segment inférieur de l'utérus dans le placenta prævia et de leur traitement. (*Thèse de Lyon*, 1909-1910.)
- Collineau.** — Note sur une rupture spontanée de la matrice vers le 3^e mois de grossesse. (*J. gén. Méd., Chir., Pharm.* Paris, 1824, p. 253-256.)
- Coutagne.** — Des ruptures utérines pendant la grossesse. (*Lyon médical*, 1882.)
- Crantz.** — Traité des accouchements, 1759.
- Daversin.** — Etude sur les causes des ruptures de l'utérus pendant la grossesse. (*Thèse de Paris*, 1866.)

De Chabert. — Utérus cloisonné. Grossesse dans une des cornes. — Rupture et mort (*Echo médical du Nord*, 1903 n° 25, p. 274.)

Dechaux. — Rupture de l'utérus. (*Union médicale Paris* 1847, p. 476.)

Demelin et Vignes. — Rupture utérine au cours de la gestation vraisemblablement consécutive à des manœuvres abortives. (*Bull. et mém. Soc. anat.*, Paris 1921, p. 369.)

Duparcque. — Histoire complète des ruptures et des déchirures de l'utérus, du vagin et du périnée : *Maladies de la matrice*, 2^e éd., t. XXI, Paris 1839.

— Obs. de rupture de l'utérus chez une femme enceinte de 4 mois. Passage du fœtus et épanchement de sang dans la cavité abdominale. (*J. gén. de méd. Chir., Pharm.*, Paris, 1824. XXXVI, p. 242-252.)

Doléris. — *Annales de gynécologie*, 1884, p. 212.

Emery. — Un cas de rupture spontanée de l'utérus pendant la grossesse. (*Thèse de Lyon*, 1920.)

Fabre. — Précis d'Obstétrique : Art. Rupture utérine.

Faure et Siredey. — Traité de gynécologie, 1901.

Forné. — Etude des différentes méthodes de traitement utilisées dans la rupture de l'utérus. (*Thèse de Paris*, 1900.)

Guillemeau. — *De la grossesse et de l'accouchement*, t. II. (Paris 1621.)

Hellendall. — Rupture spontanée de la matrice dans un cas de diverticule de l'utérus gravidé atteint d'infection septique. (*Arch. f. gyn.* Bd LXXV H ft 3 p. 686 In *Annales de gynécologie*, 1906.)

Hergott. — Considérations sur l'étiologie des ruptures utérines et sur leur traitement. (*Revue méd. de l'Est.*, Nancy 1905 XXXV p. 602-605.)

- Keller.** — Difficultés du diagnostic de la rupture utérine.
(*Gyn. Obst.* 1921 p. 112.)
- Ladinski.** — Rupture spontanée de l'utérus au 7^e mois de la grossesse. (*Presse médicale*, 24 mars 1906.)
- Levret.** — Art des accouchements, 1765.
- Mauclaire.** — Cicatrices utérines et leurs ruptures. (*Arch. gén. Chirurgie* Paris 1908 p. 144-164.)
- Mercier (Raoul).** — Des ruptures spontanées de l'utérus gravide dans leurs rapports avec les grossesses interstitielles. (*Thèse de Paris*, 1898.)
- Meyer.** — Les ruptures utérines pendant la grossesse. (*Arch. mens. Obst. gyn.* Paris 1915 p. 291-295.)
- Moulin et Guibert.** — Obs. d'une rupture de l'utérus à 2 mois et demi de grossesse. (*Arch. gén. Médecine* Paris 1825, p. 382-396.)
- Perret.** — Rupture utérine. Hystérectomie abdominale subtotale. (*L'Obstétrique* ; Paris 1906, p. 160-164.)
- Portes.** — Contribution à l'étude de l'apoplexie utéro-placentaire. (*Thèse Paris*.)
- Potocki.** — Perforation spontanée du fond de l'utérus au voisinage du terme de la gestation. (*Bull. Soc. Obst. Gyn.*, Paris 1922 p. 627-631.)
- Pozzi.** — Traité de gynécologie clinique et opératoire.
- Ribemont-Dessaigne et Lepage.** — Précis d'Obstétrique, art. : Rupture utérine.
- Rouffart et Delporte.** — Contribution à l'étude des ruptures de l'utérus pendant la grossesse (1^o *J. de chirurgie et Ann. soc. belge chir. Bruxelles*, 1906 p. 166-175. —
(2^o *Bull. soc. roy. de Sc. méd. et nat., Bruxelles*, 1906, XIX p. 94.)
- Sauvage.** — Anatomie pathologique, traitement des ruptures utérines pendant le travail. (*Thèse de Paris*, 1901-1902.)

- Taurin.** — Des ruptures utérines pendant la grossesse et l'accouchement. (*Thèse de Paris* 1853.)
- Tarnier et Budin.** — L'art des accouchements : 1898, vol. 3.
- Taurin.** — Des ruptures utérines pendant la grossesse et l'accouchement. (*Thèse de Paris* 1853.)
- Tarnier et Budin.** — L'art des accouchements : 1898, vol. 3 p. 496.
- Triaire.** — Des ruptures de l'utérus et du vagin (*Archives de Tocologie, Paris* 1880, p. 413)
- Trillat et Emery.** — Un cas de rupture spontanée de l'utérus pendant la grossesse. (*Bull. Soc. Obst. gyn. Paris* 1920, p. 509.)
- Vanheeckhoet.** — Des formes insidieuses des ruptures utérines et spontanées complètes. (*Thèse de Lille*, 1922-1923.)
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	11
Fréquence	13
Etiologie. — Pathologie	15
Anatomie pathologique	23
Symptomatologie	27
Evolution. — Pronostic	30
Diagnostic	31
Traitement	35
Observation de M. le Dr Levant	37
Examen de la pièce	41
Observations	44
Conclusions	57
Bibliographie	59

